**LEKÁRSKY POSUDOK
o zdravotnej spôsobilosti na prácu**

**Údaje o zamestnávateľovi:**

1. ak ide o právnickú osobu\*)
Obchodné meno a právna forma: ................................................................................................
Sídlo: ............................................................................................................................................
2. ak ide o fyzickú osobu – podnikateľa\*)
Meno a priezvisko: .......................................................................................................................
Miesto podnikania: .......................................................................................................................

**Údaje o zamestnancovi:**

Meno a priezvisko: ....................................................................................................................................
Dátum narodenia: .....................................................................................................................................
Bydlisko: ...................................................................................................................................................
Osobné číslo: \*) .........................................................................................................................................
Pracovisko: ...............................................................................................................................................
Profesia – pracovné zaradenie – posudzovaná práca: .............................................................................
Faktory práce a pracovného prostredia: ...................................................................................................
Kategória práce1) pre jednotlivé faktory práce a pracovného prostredia: .................................................
Práca podľa osobitných predpisov: \*) ........................................................................................................

**Záver:**

* Spôsobilý na výkon posudzovanej práce\*)
* Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením\*) .......................................................................................................................................................
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať, a časové obmedzenie)
* Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s trvalým obmedzením\*) ........................................................................................................................................................
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať)
* Dočasne nespôsobilý na výkon posudzovanej práce\*) ........................................................................................................................................................ (uviesť časové obmedzenie)
* Dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce\*)

..................................................................................
odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára
a podpis lekára vykonávajúceho lekársku preventívnu
prehliadku vo vzťahu k práci

Dátum:

\*) Nehodiace sa prečiarknite.

1) § 31 ods. 1 až 5 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.